

予防接種実施申込書（報告書）【B類疾病】

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・高齢者用肺炎球菌・带状疱疹用

黒ボールペンで記入してください。

本 人 記 入 欄	申 込 年 月 日 （ 接 種 年 月 日 ）																																														
	令和 年 月 日																																														
	フリガナ																																														
	氏 名	1 男 2 女 ※性別の番号を記入してください																																													
	生年月日	3 2 1 昭大明 和正治 年号 年 月 日 歳 必ず記入してください																																													
	住 所	〒 大阪市 区 郵便番号は必ず記入してください 電話（ ） -																																													
	今日、受ける 予 防 接 種	今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>今日受ける予防接種の種類</th> <th>番号</th> <th>接種対象年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インフルエンザ</td> <td>20</td> <td>65歳以上</td> </tr> <tr> <td>新型コロナウイルス感染症</td> <td>21</td> <td>65歳以上</td> </tr> <tr> <td>高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）</td> <td>30</td> <td>65歳</td> </tr> <tr> <td>带状疱疹（生ワクチン）</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">带状疱疹（組換えワクチン）</td> <td>1 回 32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 回 33</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 60歳～64歳で次の項目に該当する（身体障がい者手帳1級相当） 市民で予防接種を希望する方は該当する項目の□にチェックを入れてください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>インフル エンザ</th> <th>新型 コロナ</th> <th>高齢者用 肺炎球菌</th> <th>带状疱疹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ 心臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>☐ 腎臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>☐ 呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>☐ ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢	インフルエンザ	20	65歳以上	新型コロナウイルス感染症	21	65歳以上	高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	65歳	带状疱疹（生ワクチン）	31		带状疱疹（組換えワクチン）	1 回 32		2 回 33			インフル エンザ	新型 コロナ	高齢者用 肺炎球菌	带状疱疹	☐ 心臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×	☐ 腎臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×	☐ 呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×	☐ ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方	○	○	○	○
今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢																																													
インフルエンザ	20	65歳以上																																													
新型コロナウイルス感染症	21	65歳以上																																													
高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	65歳																																													
带状疱疹（生ワクチン）	31																																														
带状疱疹（組換えワクチン）	1 回 32																																														
	2 回 33																																														
	インフル エンザ	新型 コロナ	高齢者用 肺炎球菌	带状疱疹																																											
☐ 心臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×																																											
☐ 腎臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×																																											
☐ 呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方	○	○	○	×																																											
☐ ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方	○	○	○	○																																											

（フリガナ記入例）

フリガナ	ヨボウセツシュタロウ
氏 名	予防接種 太郎

- * カナ氏名の間は1マス空ける
- * 小文字は1マスで記入する
- * フリガナは、左詰で記入する